

委任状

令和 年 月 日

名古屋大学医学部附属病院長 殿

[委任者] (患者さん)

診療番号 (診療券の番号) _____

氏名 (自署) _____

印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () _____

貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領を下記に依頼します。
併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意致します。

記

[受任者] (代理で手続きをされる方)

氏名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () _____

続柄 (患者さんからみた、あなたは) : < _____ >

以上

※ ご記入、ご捺印の漏れがないか、再度ご確認ください。